

**All'Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri di Napoli
e Provincia.**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente a: _____ in via _____

tel/cell. _____ e-mail _____

Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli con numero
d'iscrizione _____

chiede:

di essere iscritto nel costituendo elenco dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le
Medicine non Convenzionali. A tale scopo allega alla presente la documentazione comprovante il
possesso di uno dei titoli previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 07/02/2013 (chiarito con nota del
Ministero della Salute prot. N° 40978-P del 24/07/2014).

***Inoltre consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del
D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle
previsioni dell'art.75 del medesimo D.P.R.***

DICHIARA

che la documentazione presentata in copia, è conforme all'originale in proprio possesso.

In fede.

Data _____

Firma _____

All. N° _____